



Boletín Epidemiológico de Galicia



CONSELLERÍA DE SANIDADE

Dirección Xeral de Saúde Pública

A REXIÓN EUROPEA DA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DA SAÚDE DECLARADA CEIBE DE POLIO

WHO. CERTIFICATION OF POLIOMYELITIS ERADICATION. EUROPEAN REGION, JUNE 2002. WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD: VOL. 77, Nº 27

O 21 de xuño de 2002, a Comisión da Rexión Europea para a Certificación da Erradicación da Poliomielite (CRE) declarou a rexión europea da OMS ceibe da transmisión indíxena de poliovirus salvaxe. Na rexión europea, o último caso coñecido de polio paralítica causado por un poliovirus indíxena ocorreu no sudeste de Turquía en novembro de 1988.

A europea é a terceira das 6 rexións da OMS certificada como ceibe de polio, despois de que o fosen a rexión das Américas en 1994 e a do Pacífico-Oeste en 2000. Estímase que 3.400 millóns de persoas (o 56% da poboación mundial) viven na actualidade en países e territorios certificados como ceibes da transmisión endémica de poliovirus salvaxe.

O CRE ven de completar catro anos de revisión de datos de vixilancia e dos programas de vacinación de tódolos países da rexión, que foron reunidos e lles foron enviados polos comités nacionais para a certificación, coa fin de asegurarse de que a ausencia de notificación de illamentos de poliovirus salvaxe reflicte a interrupción da súa transmisión indíxena.

O pre-requisito para acadar a certificación rexional é a ausencia de illamentos de poliovirus salvaxe durante alomenos 3 anos, nun contexto de vixilancia da parálise flácida aguda (PFA) de grande calidade. Outros criterios que empregou a CRE para certificar a rexión como ceibe de polio son: (1) unha cobertura vacinal elevada en tódolos países e en tódalas áreas destes países; (2) unha vixilancia da PFA que cumpre cos indicadores de sensibilidade e/ou outros medios sensibles de vixilancia virolóxica; (3) un plan de acción para darlle resposta ás importacións de poliovirus salvaxe; e (4) un compromiso político dos gobernos nacionais para manter os elevados niveis de cobertura vacinal e vixilancia ata que se acadar o certificado global da erradicación da polio. Ademais, a CRE esixiu que tódolos países lle presentasen probas dun progreso sustancial no proceso de contención de poliovirus salvaxe nos laboratorios.

C.N.E. LA REGIÓN EUROPEA DE LA MOS ES DECLARADA LIBRE DE POLIO. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL: VOL. 10, Nº 8

En España, en novembro de 1996 constituíuse o *Grupo de traballo del plan de erradicación de la poliomieltis* e, de xeito paralelo e interrelacionado, creouse o *Grupo de representantes autonómicos del plan de erradicación de la poliomieltis*, que celebrou a súa primeira reunión no mes de xullo de 1997. Nela aprobouse o *Plan de actuaciones necesarias en España para la consecución de la erradicación de la poliomieltis*.

Dada a situación que amosaba o país en relación á infección por poliovirus, con coberturas de vacinación fronte á poliomielite do 95% a nivel nacional e con ausencia de casos autóctonos de poliomielite desde 1988, propuxéronse como actividades fundamentais: manter e mellorar, na medida do posible, as coberturas de vacinación mediante os programas de vacinación infantís e un sistema de vixilancia da parálise flácida aguda en menores de 15 anos de idade.

En outubro de 1997, a petición da OMS e seguindo as súas instrucións, o ministro de sanidade e consumo nomeou o *Comité Nacional de expertos para la obtención del certificado de erradicación de la polio-*

A Iniciativa para a erradicación global da polio foi acordada pola Asemblea Mundial da Saúde en 1988, e está a ser coordinada pola OMS como principal patrocinador xunto ós Centros para o control das enfermidades (CDC, EE.UU.), Rotary Internacional e UNICEF. Ademais, os gobernos nacionais, fundacións privadas, organizacións non gobernamentais, corporacións e voluntarios, están a colaborar para acadar a erradicación. Durante 2001, a transmisión indíxena de poliovirus salvaxe notificouse en só 10 países de 3 rexións da OMS: a de África, a do Mediterráneo-Leste e a do Sudeste asiático.

Tódolos países e áreas ceibes de polio estarán expostas ó risco de importación de poliovirus salvaxe mentres a polio non estea erradicada do mundo. En Europa, este risco concretouse xa cando se detectaron poliovirus salvaxes importados a Bulgaria e Georgia durante o pasado ano 2001. Asemade, durante 2000 e 2001 documentáronse abrochos de polio causados pola circulación de poliovirus derivados da vacina en poboacións con baixos niveis de cobertura vacinal na Española (República Dominicana e Haití) e nas Filipinas.

Os países ceibes de polio deben manter elevados niveis de cobertura coa vacinación sistemática, e unha vixilancia sensible para detectalo máis axiña posible calquera circulación de poliovirus. Para facer mínimo o risco de difusión de poliovirus, nalgunhas áreas de alto risco dalgúns países da rexión europea, continuarán as campañas suplementarias de vacinación coa vacina oral da polio, moitas delas sincronizadas coas dos países da rexión Mediterráneo-Leste. O alto grao de entendemento entre estas dúas rexións quedou ben manifesto durante a operación ME-CACAR (*Eastern Mediterranean, Caucasus and Central Asian Republics*), que foi empregada para coordinar con éxito as actividades de erradicación da polio ata en 18 países de ámbalas dúas rexións de 1995 a 2002.

mieltis, coa misión de supervisar as actividades do *Plan de erradicación nacional* e actuar de intermediario entre os grupos de traballo e a CRE.

Durante 1999 principiaron en España as actividades do plan para a "contención de poliovirus salvaxe no laboratorio", e na actualidade está completo xa o inventario de laboratorios que posúen materiais infecciosos ou potencialmente infecciosos de poliovirus salvaxe.

Para rematar, a OMS ven de conquistar a tódolos ministros de saúde a que elaborasen un plan de acción para a era que segue á certificación, co obxectivo de manter un estado ceibe de polio trala certificación da interrupción da transmisión de poliovirus. Este plan de acción deberá incluír as actividades a desenvolver no suposto de que exista un caso importado de poliovirus salvaxe.

A pesar do grande logro que supón a certificación da rexión como ceibe de polio, segue a existilo risco de importación, polo que os programas de vacinación e o sistema de vixilancia epidemiolóxica débense manter ata que a poliomielite sexa erradicada do mundo.

SUMARIO

A REXIÓN EUROPEA DA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DA SAÚDE DECLARADA CEIBE DE POLIO.

COMENTARIO EPIDEMIOLÓXICO DAS ENFERMIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA: GALICIA, 2001.

EN BREVE...: CAMPAÑA DE VACINACIÓN CONXUNTA ANTIGRIPE E ANTIPNEUMOCÓCICA, 2002.

ANEXOS I Ó III: SITUACIÓN DAS EDO NAS CUADRISEMANAS 1 Á 3/2002.

LIMIAR

O máis salientable de 2001 foi, sen dúbida, que por vez primeira tódolos casos confirmados de sarampelo ocorridos en Galicia durante un ano foron producidos por un virus importado —en 2001 de China¹—, co que semella que en Galicia se interrompe xa a transmisión endémica do virus do sarampelo. Polo demais, nas táboas 1 e 2 resúmese a incidencia notificada en 2001 das diferentes enfermidades vixiadas, en Galicia e nas distintas áreas sanitarias, respectivamente. (Para consolidar os datos, o ano pechouse o día 1 de abril de 2002).

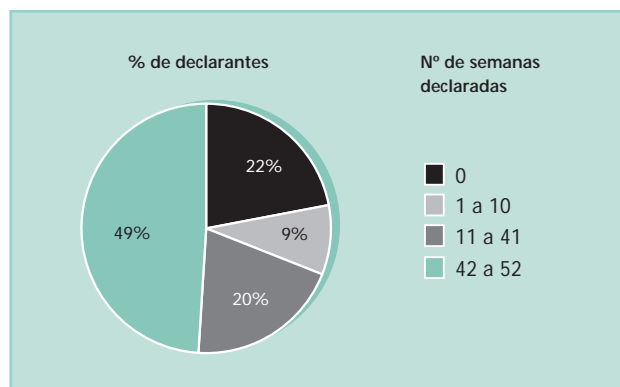
De contado coméntase o comportamento dalgunhas enfermidades durante 2001, pero antes analízase a participación na declaración durante ese ano.

PARTICIPACIÓN NA DECLARACIÓN

A calidade da notificación efectuada polos declarantes (1.912 en 2001), estúdase con dous indicadores: a **participación global** (que é a porcentaxe que supón o número de boletíns de notificación semanal recibidos do total de boletíns que poderían ser recibidos; en 2001, 1.912 por 52 semanas, 99.424), e a **adequación da participación**, que divide os declarantes en catro categorías: quen non declarou nunca, quen só declarou de 1 a 10 semanas, quen o fixo entre 11 e 41 semanas e quen declarou máis de 41.

No ano 2000, a participación global acadou o 58%, valor que está lixeiramente por baixo do 61% do ano 2000, que é o máis elevado do período no que se vén desenvolvendo o actual sistema de notificación en atención primaria. Pola súa banda, a adecuación na participación ten a mesma distribución que se ven observando dende 1999, a que se amosa na fig.1.

Fig. 1. A adecuación na participación. Galicia, 2001



COMENTARIO EPIDEMIOLÓGICO

De varias enfermidades xa se informou en números anteriores do BEG (sarampelo¹, enfermidades meningocócicas¹ e por Hib², e febre botonosa³), ou farase en vindeiros números (gripe, parotidite), polo que aquí limitáremonos a facer un brevisimo comentario dalgunhas das restantes.

Meninxites víricas. Durante 2001 a incidencia de meninxites víricas diminuíu notablemente en toda Galicia, agás nas áreas do norte da provincia da Coruña, onde se observou tamén un aumento importante da incidencia de parotidite. Pola contra, na área de Cervo observouse importante aumento da incidencia (IEAc=7), debido en parte a un abrocho —causado por un enterovirus non polio— que ocorreu nun colexio de Xove.

Varicela. A pesar de que nas áreas de Monforte e Lugo durante 2001 se observou un importante aumento da incidencia de varicela, os 335 casos por cen mil habitantes (c/10⁵h) notificados no conxunto de Galicia supoñen a incidencia máis baixa dende 1984. Esta observación foi corroborada polo intenso incremento que vén de experimentala incidencia de varicela no que vai de 2002 en tódalas provincias de Galicia, agás na de Lugo.

Toxiinfeccións alimentarias (TIA). O número de casos TIA notificados en 2001 continuou a tendencia á baixa que principiara en 1997, e supoñen o máis baixo número anual de casos rexistrados dende 1984. Parte destes casos ocorreron nalgún dos 40 abrochos detectados, dos que segue a se-lo responsable máis frecuente a *Salmonella*.

Febres tifoidea e paratifoidea. Tamén a notificación destas enfermidades acadou un mínimo en 2001 neste caso, histórico, de tal xeito que por vez primeira a incidencia anual en Galicia foi inferior a 1 c/10⁵h. Asemade, perdeuse a característica distribución xeográfica que viña amosando nos últimos anos⁴. Afastouse lixeiramente deste cadro a área de Ourense, onde os 6 casos notificados supoñen —polos antecedentes de incidencias baixas e sen que en aparencia estean relacionados de ningún xeito— un número bastante superior ó esperado (IEAc=3).

Táboa 1: EDO en Galicia, 2001

EDO	Casos	Taxas ⁽¹⁾	IEAc ⁽²⁾
Gripe	111.755	4111,30	0'59
TB Respiratoria (2)	1.047	38,52	0'74
Meninxite TB (2)	11	0,40	0'61
Meninxites víricas	205	7,54	1'11
Enf. meningocócica	98	3,61	0'74
Enf. Invasiva por Hib	9	0,33	1'80
Varicela	9081	334,08	0'83
Sarampelo	3	0,11	0'15
Rubéola	22	0,81	0'42
Parotidite	153	5,63	0'96
Tose ferina	1	0,04	0'05
TIA	725	26,67	0'60
F. tifoidea e paratifoidea	19	0,70	0'38
Hepatite A	14	0,52	0'24
Hepatite B	69	2,54	0'74
Outras hepatites víricas	325	11,96	0'95
Brucelose	22	0,81	0'81
Sífilis	51	1,88	0'94
Gonococia	157	5,78	0'29
Lexionelose	29	1,07	3'63
Disenteria bacilar	5	0,18	1'25
Tétano	6	0,22	1'00
F. botonosa	12	0,44	2'40
Paludismo	16	0,59	1'60
Lepra	1	0,04	1'00

⁽¹⁾ Taxas brutas por 100.000 habitantes

⁽²⁾ Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose

Brucelose. O número de casos notificados en Galicia atópase nun nivel —baixo— que se mantén dende 1999, e só na provincia de Lugo se observaron incidencias dun nivel superior debido, fundamentalmente, a un abrocho que ocorreu nunha explotación gandeira do concello de Begonte.

Lexionelose. Aínda que o número de casos de pneumonía por *Legionella* notificados en 2001 foi inferior ó notificado en 2000, ó considera-los episodios de infección que resultan en enfermidade, trátase dun caso illado ou dun abrocho, o número de casos notificados en 2001 duplicou ó de 2000. (En 2000, o 73% dos casos pertencían ó abrocho de Vigo⁴). Este aumento pódese atribuír á xeralización do uso, como proba diagnóstica, da presenza do antixeno nos ouriños e, mentres non se establece o uso da proba, non será doado interpreta-lo significado dos datos de incidencia da enfermidade.

Tétano. Durante a década 1992-2001, o tétano mantivo unha incidencia moi estable, cunha media de 5,1 casos ó ano. A enfermidade, que ocorreu con máis frecuencia en homes que en mulleres, concentrouse nas persoas con 60 ou máis anos de idade (0'5 c/10⁵h ó ano), especialmente nas que teñen 80 ou máis (0'7 c/10⁵h ó ano). Pola contra, non houbo casos en nados despois de 1973 e, polo tanto, tampouco ningún de tétano neonatal.

¹ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XIV, nº 6.

² DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XIV, nº 5.

³ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XIV, nº 3.

⁴ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XIII, nº 1.

TÁBOA 2. ENFERMIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA. INFORMACIÓN DEFINITIVA DO ANO 2001, POR ÁREAS SANITARIAS

ÁREAS SANITARIAS		FERROL		CONFINA (A)		SANTIAGO		PONTEVEDRA		VIGO		OURENSE		MONFORTE		LUGO		CERVO		BARCO (O)		SAINES (O)		TOTAL GALICIA	
Población:		217.411		498.604		464.024		217.381		520.611		310.727		62.360		244.865		74.449		40.150		67.432		2.718.244	
EDO		ACIM. CASOS	IE. A.C.	ACIM. CASOS	IE. A.C.	ACIM. CASOS	IE. A.C.	ACIM. CASOS	IE. A.C.	ACIM. CASOS	IE. A.C.	ACIM. CASOS	IE. A.C.	ACIM. CASOS	IE. A.C.	ACIM. CASOS	IE. A.C.	ACIM. CASOS	IE. A.C.	ACIM. CASOS	IE. A.C.	ACIM. CASOS	IE. A.C.	ACIM. CASOS	IE. A.C.
GREPE		5.280	0,52	18.189	0,58	17.376	0,73	13.465	0,65	16.680	0,50	18.005	0,56	2.739	0,55	13.579	0,40	3.886	0,52	1.622	0,36	1.024	0,30	111.755	0,59
TUBERCULOSE RESPIRATORIA		83	0,62	234	0,66	176	0,85	74	0,78	187	0,68	151	0,94	17	0,81	57	0,84	24	0,89	5	0,36	39	1,30	1.047	0,74
MEININITE TUBERCULOSA		0	—	1	0,33	1	—	0	—	3	0,50	2	0,67	0	—	3	1,50	1	1,00	0	—	0	—	11	0,61
MEININITE VIRIOSA		3	0,43	63	2,25	25	1,79	2	1,00	79	1,13	15	0,65	1	0,25	1	0,50	14	7,00	0	—	2	—	205	1,11
ENF. MENINGOCÓCCICA		4	0,36	22	0,96	30	1,11	5	0,31	24	0,75	3	0,21	2	0,67	4	0,44	3	0,75	0	0,00	1	0,17	98	0,74
ENF. INVASIVA POR HB		0	—	0	—	2	—	0	—	4	4,00	0	—	0	—	3	3,00	0	0,00	0	—	0	—	9	1,80
VARICELA		428	0,87	2.179	1,10	1.594	0,84	419	0,32	1.092	0,54	797	0,42	380	1,40	1.919	1,69	126	0,44	121	0,81	26	0,09	9.081	0,83
SARAMPELO		0	0,00	0	0,00	3	3,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	—	0	—	0	0,00	0	0,00	0	—	3	0,15
RUBIOLA		3	0,33	6	0,67	4	0,67	3	0,30	2	0,29	3	0,33	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	22	0,42
PAOTIDITE		4	0,40	75	1,70	26	1,63	5	0,63	21	1,00	10	0,42	0	0,00	7	0,58	3	0,30	2	1,00	0	0,00	153	0,96
TOS FERINA		0	0,00	0	0,00	0	—	0	0,00	1	0,09	0	0,00	0	0,00	0	—	0	—	0	—	0	—	1	0,05
TOMEINFECC. ALIMENTARIAS		26	0,50	75	0,73	36	0,35	14	0,10	194	1,16	130	0,51	79	1,90	134	0,91	93	3,38	3	0,30	1	0,04	725	0,60
F. TIFOIDEA E PARATIFOIDEA		2	1,00	0	0,00	0	0,00	1	0,11	7	0,37	6	3,00	0	—	1	1,00	0	—	0	—	2	0,50	19	0,38
HEPATITE A		2	1,00	1	0,13	0	0,00	0	0,00	5	0,45	3	1,50	0	—	1	0,50	1	—	0	—	1	—	14	0,24
HEPATITE B		5	1,67	9	0,69	9	0,41	13	1,08	18	0,78	6	0,40	0	—	4	1,00	1	—	2	0,40	2	1,00	69	0,74
HEPATITES VIRIOSAS, OUTRAS		20	2,00	79	0,42	23	0,61	40	4,44	122	4,52	30	2,00	0	0,00	2	0,50	0	0,00	3	0,75	6	6,00	325	0,95
BRUCELOSE		0	—	2	0,67	2	0,67	0	—	0	0,00	6	3,00	0	—	10	2,50	0	0,00	2	0,50	0	—	22	0,81
SÍFILIS		4	2,00	9	1,00	6	0,55	7	1,40	15	1,50	9	1,29	0	0,00	1	0,50	0	—	0	—	0	0,00	57	0,94
INFECC. GONOCÓCCICA		9	0,41	24	0,24	39	0,30	23	0,64	30	0,79	18	0,79	1	0,07	8	0,14	0	0,00	3	0,21	2	0,67	157	0,29
LEXIONELOSE		2	1,00	8	—	1	—	1	—	11	2,20	2	—	0	—	2	—	1	—	0	—	1	—	29	3,63
DISENTERIA BACILAR		0	—	1	—	0	—	0	—	3	3,00	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	5	1,25
BOTULISMO		0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
TEFANO		1	—	1	—	0	—	0	—	3	1,50	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	6	1,00
RUBIOLA CONJUNTA		0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
TEFANO RECONJUNTA		0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
SÍFILIS CONJUNTA		0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
F. EXANTEMÁTICA		0	—	1	—	0	—	0	—	4	1,00	6	6,00	0	—	0	—	0	—	1	—	0	—	12	2,40
IRIDIOLIOSE		0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
PALUDISMO		0	—	1	0,50	1	1,00	2	—	9	1,80	1	—	0	—	1	—	0	—	0	—	1	—	16	1,60
COLERA		0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
FEBRE AMARILA		0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
PISTE		0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
TIFO EXANTEMÁTICO		0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
DIFTERIA		0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
LEPRA		0	—	0	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	1	1,00
POLIOMELITE		0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
RABIA		0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
Participación:		46%		48%		46%		56%		30%		92%		93%		93%		94%		94%		20%		58%	

En breve...

CAMPAÑA DE VACINACIÓN CONXUNTA ANTIGRIPEL E ANTIPNEUMOCÓCICA, 2002

De seguido resúmense algunhas das características máis salientables da campaña de vacinación conxunta antigripal e antipneumocócica 2002 que por terceiro ano consecutivo, está a desenvolver-la Consellería de Sanidade, a través da Dirección Xeral de Saúde Pública e do Servizo Galego de Saúde. Se desexa información máis polo miúdo, pode solicitá-la á devandita Dirección Xeral¹.

Duración da campaña: A campaña iniciouse o 30 de setembro de 2002, e rematará o 22 de novembro deste mesmo ano.

POBOACIÓN DIANA

Vacinación dos que contan con máis de 64 anos de idade

Recibirán a vacina da gripe tódalas persoas de máis de 64 anos; e recibirán a vacina antipneumocócica, tódalas persoas de máis de 64 que aínda non a recibiran (en xeral, as que non participaron en ningunha das campañas de 2000 e 2001).

Vacinación en grupos de risco de idade inferior ós 65 anos

Recibirán as dúas vacinas (sempre que teñan 2 ou máis anos de idade) as persoas con:

- (1) Inmunosupresión, ou
- (2) Enfermidades crónicas cardiovasculares, pulmonares, metabólicas ou renais.

Recibirán só a vacina antigripal (sempre que teñan 6 ou máis meses de idade):

- As persoas coas patoloxías anteriores e que teñan menos de dous anos de idade.
- As persoas institucionalizadas que padezan procesos crónicos.
- Os nenos e mozos (ata os 18 anos) que seguen tratamentos prolongados con aspirina.
- As persoas con asma.
- As mulleres embarazadas.
- Os traballadores de centros sanitarios e sociais e asistentes domiciliarios de persoas de grupos de risco.

Recibirán só a vacina antipneumocócica (sempre que teñan 2 ou máis anos de idade) as persoas con:

- Inxesta excesiva e crónica de alcohol.
- Hepatopatía crónica.
- Solución de continuidade da duramáter ou asplenia anatómica ou funcional.

AS VACINAS

Composición

Vacina antigripal: Vacina trivalente de virus inactivados (morts) e fraccionados, que contén os antixenos seguintes:

- * Cepa análoga A / Moscow / 10 / 99 (H3N2).
- * Cepa A / New Caledonia / 20 / 99 (H1N1).
- * Cepa análoga B / Hong Kong / 330 / 2001.

Vacina antipneumocócica: Vacina de polisacáridos capsulares purificados de 23 serotipos do *S. pneumoniae* (serotipos 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F e 33F). Contén 25 microgramos de cada un deles.

Administración das vacinas

Vía: intramuscular, aínda que pode utilizarse a vía subcutánea.

Lugar:

- Nos nenos de ata 1 ano de idade: na cara anterolateral externa da coxa.
- Nos adultos e nenos maiores: na zona deltoidea.

A administración conxunta das dúas vacinas realizarase en lugares anatómicos diferentes.

Dose:

Vacina antigripal: Administrarase unha única dose anual a tódalas persoas, independentemente da súa idade ou pertenza a grupo de risco, agás nos nenos de ata 8 anos que se recomenda: ós que teñen entre os 6 e os 35 meses de idade, unha dose de 0,25 ml; e ós que teñen entre 3 e 8 anos de idade, unha de 0,50 ml. Cando estes nenos non fosen vacinados con anterioridade, administraránse dúas doses, separadas entre si alomenos 4 semanas.

Vacina antipneumocócica: Administrarase unha única dose de 0,5 ml a tódalas persoas, con independencia da súa idade ou pertenza a grupo de risco. As situacións nas que se contempla a administración dunha segunda dose son:

- (1) Persoas de 65 ou máis anos: poderán recibir unha segunda dose se pasaron alomenos 5 anos e esta primeira dose se lles administrou antes dos 65 anos; e
- (2) Persoas entre 2-64 anos de idade con asplenia anatómica ou funcional e inmunodeprimidos: neste caso está indicada unha segunda dose ós 5 anos da primeira se a recibiu con máis de 10 anos e ós 3 anos se a recibiu a unha idade inferior ós 10 anos.

Efectos secundarios: O efecto secundario máis frecuente, tanto para a vacina antigripal como para a antipneumocócica, é a reacción local no lugar da inxección (dor, eritema, induración) de curta duración (menos de 48 horas).

As reaccións locais máis severas e as reaccións sistémicas son infrecuentes, e as reaccións febris severas extremadamente raras.

Cando a vacina antipneumocócica se administra simultaneamente coa vacina antigripal, non aumenta nin o número nin a gravidade das reaccións adversas.

Contraindicacións: Hipersensibilidade anafiláctica ós ovos (vacina antigripal) ou a outros compoñentes da vacina correspondente. Xeralmente é preferible retrasar a vacinación cando haxa enfermidade febril aguda ata que remitan os seus síntomas. Nembargantes, enfermidades menores con ou sen febre non contraindicarán o uso da vacina da gripe nin do pneumococo. A aplicación destas vacinas NON ESTÁ CONTRAINDICADA en persoas inmunodeficientes calquera que sexa a súa causa: inmunosupresión farmacolóxica, neoplasias, infección polo VIH, etc... dado que non se trata de vacinas de microorganismos vivos e polo tanto non existe risco de enfermidade producida pola vacina. Pola contra, estas persoas forman parte dun grupo de indicación específica. O único que se pode esperar é unha menor resposta inmune.

Conservación: As vacinas conservaranse entre +2°C e +8°C, protexidas da luz. Débese evita-la súa conxelación.

¹ Dirección Xeral de Saúde Pública. Circular 5/02 da Consellería de Sanidade.

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA

TELÉFONOS DIRECTOS EPIDEMIOLÓXICA
Horario de oficina (8 a 15 h.)

A CORUÑA
981 185 834

LUGO
982 294 114

OURENSE
988 386 339

PONTEVEDRA
986 805 872

EPIDEMIÓLOGO DE GARDA
Fóra do horario de oficina

649 82 90 90

SAEG

A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA

Servizo de Información sobre Saúde Pública

Edificio Administrativo San Lázaro, s/n.

15703 - SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tel.: 981 542 929

Fax: 981 542 970

E-mail: dxsp.vixepi@sergas.es

BEG